

THÔNG BÁO VỀ BIỆN PHÁP ÁP DỤNG

TY XÃ HỘI HẠT

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)



Kể từ _____, Ty Xã Hội Hạt sẽ thay đổi số trợ cấp tiền mặt của quý vị từ \$ _____ thành \$ _____. Trợ cấp tiền mặt sẽ ngưng cấp cho _____, là người cha/mẹ thứ nhì của gia đình, trừ khi người này đến dự cuộc phỏng vấn mà chúng tôi đã ấn định lịch trình hoặc gọi điện thoại cho chúng tôi vào hay trước _____, và cung cấp cho chúng tôi một lý do chính đáng về việc không thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi hoặc đồng ý về một kế hoạch để thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi.

SAU ĐÂY LÀ LÝ DO:

_____ có một vấn đề trở ngại trong việc tham gia của ông/bà ta vào Chương Trình Welfare to Work (Chương Trình Giúp Người Nhận Trợ Cấp Tiếp Tục Trạng Có Việc Làm). Để thảo luận về vấn đề này, chúng tôi đã ấn định lịch trình một cuộc phỏng vấn với người này vào: _____ lúc _____ giờ tại _____.

Đây là vấn đề:

- không ký vào bản hợp đồng về Chương Trình Welfare to Work.
- không tham gia hoặc đạt được sự tiến triển tốt trong sinh hoạt chỉ định: _____.
- không nhận một việc làm.
- thôi/bỏ việc làm.
- giảm bớt các số tiền làm ra được của ông/bà ta.
- _____ không còn được miễn tham gia và hiện không tham gia vào Chương Trình Welfare to Work.
- _____ đã không có một lý do chính đáng để không thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi và đã nhận được (các) thông báo khác báo cho biết về điều ông/bà ta đã không làm; _____, người cha/mẹ thứ nhì của gia đình, hiện không tham gia vào Chương Trình Welfare to Work.

Medi-Cal: Thông báo về biện pháp áp dụng này KHÔNG làm thay đổi hay ngưng Medi-Cal (trợ cấp y tế của California). **Hãy giữ (các) Thẻ Xác Nhận Quyền Hướng Trợ Cấp (Benefits Identification Card) của quý vị lại.**

Các Điều Luật Áp Dụng: Quý vị có thể tham khảo các điều luật sau đây tại văn phòng Ty Xã Hội: CalWORKs Implementation Guidelines, Section XI, Welf. & Inst. Code 11327.4, 11327.5

Ngày Thông Báo :	_____
Hồ Sơ	_____
Tên	_____
Số	_____
Nhân Viên	_____
Tên	_____
Số	_____
Điện Thoại Số:	_____
Địa Chỉ	_____

Nếu có thắc mắc, xin hỏi nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị.

Buổi Thu Lý Hành Chánh: Nếu quý vị nghĩ rằng biện pháp này là không đúng, quý vị có thể xin một buổi thu lý. Một sau của thông báo này có chỉ dẫn cách thức. Trợ cấp của quý vị có thể sẽ không bị thay đổi nếu quý vị xin buổi thu lý trước ngày biện pháp này được thi hành.

Số trợ cấp tiền mặt hàng tháng

Phần A. Lợi tức được tính sau khi miễn trừ, của tháng

Tổng số lợi tức hành nghề/nghiệp vụ \$ _____

Các chi phí hành nghề/nghiệp vụ:

a. Theo tiêu chuẩn 40% - HOẶC

b. Theo chi phí thực sự -

Các số tiền còn làm ra được qua việc hành nghề tự do sau khi khấu trừ =

Tổng số lợi tức không phải tiền lương được trả trên căn bản bị mất năng lực (người trong và ngoài đơn vị nhận trợ cấp) \$ _____

Miễn trừ cho \$225 -

Số lợi tức không phải tiền lương được trả trên căn bản bị mất năng lực không được miễn trừ =

HOẶC

Phần của số miễn trừ \$225 chưa áp dụng =

Tổng số lợi tức làm ra được \$ _____

Các số tiền còn làm ra được qua việc hành nghề tự do sau khi khấu trừ (ghi bên trên) +

Công chung =

Phần của số miễn trừ \$225 chưa áp dụng (ghi bên trên) -

Công chung =

Miễn trừ cho 50% trên lợi tức làm ra được -

Công chung =

Số lợi tức không phải tiền lương được trả trên căn bản bị mất năng lực không được miễn trừ (ghi bên trên) +

Lợi tức khác không được miễn trừ (người trong và ngoài đơn vị nhận trợ cấp) +

..... +

Lợi tức được tính sau khi miễn trừ =

Phần B. Trợ cấp tiền mặt của quý vị, cho tháng

1. Trợ cấp tối đa _____ người (người trong và ngoài đơn vị nhận trợ cấp) \$ _____

2. Các nhu cầu đặc biệt (người trong và ngoài đơn vị nhận trợ cấp) +

3. Lợi tức được tính sau khi miễn trừ ở Phần A -

4. Công chung =

5. Trợ cấp tối đa _____ người (chỉ cho đơn vị nhận trợ cấp) (không kể những người bị phạt) \$ _____

6. Các nhu cầu đặc biệt (chỉ cho đơn vị nhận trợ cấp) .. +

7. Công chung số trợ cấp tối đa =

8. **Công chung số trợ cấp cho trọn tháng** (Số thấp nhất của dòng 4 hay dòng 7) =

9. Dòng 8 chia tỷ lệ cho phần của tháng =

10. Các sự điều chỉnh: Phạt 25% về cấp dưỡng cho con Khoản cấp lõi -

Các sự trừ phạt khác -

Thưởng +

11. **Số trợ cấp tiền mặt hàng tháng** (Dòng 8 hay dòng 9 đã điều chỉnh) =

THÔNG BÁO VỀ BIỆN PHÁP ÁP DỤNG (Tiếp Theo)

TY XÃ HỘI HẠT

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ngày Thông Báo: _____
Hồ Sơ Tên : _____
Số : _____

ĐIỀU GÌ SẼ XÂY RA TẠI CUỘC PHÒNG VẤN?

Tại cuộc phỏng vấn, quý vị có thể nêu ra các lý do của quý vị để không thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi. Nếu quý vị có một lý do chính đáng, trợ cấp của quý vị sẽ được giữ nguyên như cũ. Một số những lý do chính đáng là: quý vị là nạn nhân của sự bạo hành trong gia đình, quý vị không có nơi gửi giữ trẻ, hoặc quý vị không có phương tiện chuyên chở đi lại. Để biết về những lý do được xem là chính đáng khác, xin xem tập sách hướng dẫn về Chương Trình Welfare to Work của quý vị.

Thay vào việc đến dự cuộc phỏng vấn, quý vị cũng có thể gọi điện thoại cho nhân viên Welfare to Work của quý vị để nói cho chúng tôi biết về một lý do chính đáng khiến quý vị không thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi, hoặc đồng ý về một kế hoạch để thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi. Hãy liên lạc với _____ ở số _____ - _____.

Nếu quý vị không thể đến dự buổi phỏng vấn vào ngày giờ ấn định, quý vị có thể gọi điện thoại cho nhân viên Chương Trình Welfare to Work để xin ấn định lại một buổi hẹn phỏng vấn khác vào hay trước _____. Quý vị chỉ có thể xin ấn định lại buổi phỏng vấn này một lần thôi.

Nếu _____ bị quyết định là đã không có một lý do chính đáng để không thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi, chúng tôi sẽ đưa ra một kế hoạch để người này thực hiện điều Ty Xã Hội Hạt đòi hỏi. _____ được dự tính là sẽ đồng ý với kế hoạch này hoặc trợ cấp tiền mặt cho người này sẽ bị ngưng.

Nếu trợ cấp tiền mặt của quý vị bị ngưng, chúng tôi cần có một người đứng tên nhận lãnh trợ cấp cho gia đình của quý vị. Chúng tôi có thể gửi trợ cấp này cho một người nào đó quý vị tin tưởng. Xin khai nộp tên họ và địa chỉ của người đó cho:

Nhân Viên Ty Xã Hội: _____

Số nhà, đường, thành phố, khu bưu điện: _____

Số Điện Thoại () _____

Chúng tôi sẽ không cấp cho _____ các chi phí về gửi giữ trẻ, phí tổn di chuyển, hoặc các chi phí liên quan về đi làm hay học huấn nghệ trong khi người này không được hưởng trợ cấp tiền mặt.

Nếu người này không lo liệu về vấn đề tham gia vào hay trước ngày _____ và trợ cấp tiền mặt của quý vị bị giảm xuống, trợ cấp tiền mặt của quý vị có thể được tăng lên trở lại nếu quý vị hội đủ điều kiện và:

- nếu _____ chịu hợp tác.
 sau _____ nếu _____ chịu hợp tác.

Người cha/mẹ thứ nhì của gia đình, _____ có thể được hưởng trợ cấp tiền mặt trở lại nếu ông/bà ta hội đủ điều kiện và:

- chịu hợp tác.
 sau _____ nếu ông/bà ta chịu hợp tác.

DỊCH VỤ GỬI GIỮ TRẺ VÀ PHƯƠNG TIỆN DI CHUYỂN HIỆN SẴN CÓ NẾU CẦN ĐỂ GIÚP GIỮ ĐÚNG BUỔI HẸN NÀY.

Nếu cần sự giúp đỡ về phương tiện chuyên chở đi lại hay gửi giữ trẻ để đến dự buổi hẹn này, xin gọi cho nhân viên Chương Trình Welfare to Work của quý vị.

Người này có thể nhận được sự trợ giúp miễn phí liên quan tới buổi hẹn này qua:

Legal Aid Office (Cơ Sở Trợ Giúp Pháp Lý): _____

Welfare Rights Office (Cơ Sở Bảo Vệ Quyền của Người Nhận Trợ Cấp Xã Hội): _____

Hiệp Hội CCWRO (Hiệp Hội Liên Kết Các Tổ Chức Bảo Vệ Quyền của Người Nhận Trợ Cấp Xã Hội Của California): _____

Số trợ cấp tiền mặt mới của quý vị được chiết tính trong thông báo này.